

Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no Sul do Brasil

Use of outpatient health services by women: a population-based study in southern Brazil

Juvenal Soares Dias-da-Costa ^{1,2}
 Adriana Dewes Presser ²
 Anelise Fernanda Zanolli ²
 Daiane Giacomet Ferreira ²
 Gabriela Perozzo ²
 Ivani Bueno de Almeida Freitas ²
 Lívia Tavares Portolan ²
 Renata Tøndolo Tavares ²
 Maria Teresa Anselmo Olinto ²
 Marcos Pascoal Pattussi ²

Abstract

The aim of this study was to verify the use of outpatient health services and associated factors among women ages 20 to 60 years living in the urban area of São Leopoldo, Rio Grande do Sul State, Brazil. This was a cross-sectional, population-based study with a sample of 1,026 women in 2003. The association between the independent variables and the outcome was evaluated by means of prevalence ratios and 95% confidence intervals (95%CI). Poisson regression was used with a hierarchical model. Among 1,022 women, 136 (13.3%; 95%CI: 11.2-15.4) had not used outpatient services in the 12 months prior to the interview. Women in lower socioeconomic classes (C, D, and E), with less schooling, and with lower income showed lower use of outpatient health services. Thus, the most vulnerable women and those with the greatest health needs showed the lowest use of health services, suggesting unfavorable conditions in the local health system and pointing to the presence of lack of universal care and equal access

Ambulatory Health Services; Health Services Accessibility; Women

Introdução

Estudos têm mostrado o crescimento do número dos estabelecimentos de saúde públicos no Brasil a partir do processo de Reforma Sanitária. Dados da pesquisa sobre assistência médico-sanitária demonstraram que o número de serviços sem internação no Brasil, de 5.805 estabelecimentos, em 1976, passou para 41.200 em 2005 ¹. O crescimento da rede pública no Brasil desde a implantação do processo de Reforma Sanitária também foi destacado por Pestana & Mendes ² (p. 24) “no período 1992/1999, o número de estabelecimentos públicos cresceu 24,9%, enquanto que os estabelecimentos privados tiveram uma redução de 2,8%. Dentre os serviços públicos em geral – com e sem internação –, destaca-se a participação dos estabelecimentos municipais que passaram de 69% em 1992 para 92% em 1999”. Esse incremento expressou o direito fundamental do ser humano estabelecido na *Constituição Federal*, no artigo 196, e na *Lei nº. 8.080* (Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990) em seu parágrafo primeiro quando foram enunciadas as políticas que visavam ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

O conceito de acesso aos serviços de saúde de acordo com Travassos & Martins ³ é abrangente, a terminologia utilizada por alguns autores como uso dos serviços, desempenho do sistema, resultado dos cuidados tem sido tão complexa e ampla quanto o conceito de saúde, não se expli-

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil.

Correspondência

J. S. Dias-da-Costa
 Faculdade de Medicina,
 Universidade Federal
 de Pelotas.
 Av. Duque de Caxias 250,
 Pelotas, RS
 96030 002, Brasil.
 episodioares@terra.com.br

cando unicamente pelo uso de serviços de saúde. Esses autores têm recomendado a verificação do efeito de múltiplos fatores, seu contexto e as variações no uso de serviços, bem como as etapas no processo de utilização dos serviços como forma de orientação na formulação de políticas³.

Estudos epidemiológicos têm mostrado alguns fatores que interferem no uso dos serviços de saúde como: variações geográficas, sociais, necessidades individuais, qualidade de vida, nível de conhecimento sobre saúde, associando-se fatores como sexo, idade, morbidade e condições econômicas^{4,5,6,7,8}. Além disso, estudo sobre a descrição dos fatores de risco e do impacto social das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil mostrou a concentração de doenças nas regiões Sul e Sudeste, o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de incapacidades, invalidez e perda da autonomia⁹, fatores que ampliam a dimensão do problema e a necessidade de reorganização dos sistemas e serviços de saúde. No contexto de caracterizar o uso de serviços de saúde, outros estudos realizados no Brasil apontaram para a concentração de procedimentos por habitante/ano e cobertura assistencial nas regiões Sul e Sudeste¹⁰; assim como evidenciaram modificações nos sistemas de saúde determinados por diferenças sócio-econômicas e graus de utilização dos serviços¹¹. Assim, estudos epidemiológicos sobre a utilização de serviços de saúde podem auxiliar o planejamento em saúde no sentido de propiciar o acesso universal e igualitário dos serviços e na reorganização dos sistemas.

O presente artigo teve como objetivo verificar a utilização pelas mulheres dos serviços ambulatoriais de saúde no Município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, e fatores associados.

Materiais e métodos

Este estudo transversal faz parte do projeto de pesquisa *Condições de Saúde das Mulheres: Estudo de Base Populacional na Região do Vale do Rio dos Sinos*, realizado pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) através do Programa de Pós-graduação, Mestrado em Saúde Coletiva, no ano de 2003. Neste trabalho, buscou-se caracterizar a saúde das mulheres residentes na zona urbana de São Leopoldo, na faixa etária de 20 a 60 anos. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

A cidade de São Leopoldo situa-se na Região Metropolitana de Porto Alegre, no Vale do Rio dos Sinos, no Estado do Rio Grande do Sul. O muni-

cípio tinha, segundo o último censo demográfico (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000; <http://www.ibge.gov.br>), 193.547 habitantes, sendo 98.781 mulheres (51,07%).

Foi realizada uma amostra por conglomerados, sendo sorteados quarenta setores censitários entre os 270 existentes na zona urbana da cidade de São Leopoldo. Cada um desses setores teve um quarteirão sorteado. O quarteirão teve suas esquinas identificadas, e, assim, o ponto de partida foi igualmente sorteado, garantindo-se aleatoriedade na coleta de dados. Ao se entrevistar as pessoas da faixa etária em determinado domicílio, as próximas duas casas eram saltadas. Dessa forma, para que a totalidade da amostra fosse atingida, foram visitados 36 domicílios em cada setor sorteado. A amostra foi estimada a partir de diferentes desfechos previstos neste projeto, escolhendo-se aquele com maior número de indivíduos (prevalência de diabetes mellitus). Calculou-se um tamanho de amostra que permitisse identificar uma razão de risco de 2,0, para um nível de confiança de 95%, de um poder de 80%, mantida a razão de não expostos:expostos de 1:3. Entre os diferentes desfechos incluídos no projeto, optou-se pelo que exigia maior tamanho: 1.086 pessoas. Foram adicionados ao tamanho da amostra mais 10% de possíveis perdas e recusas e 15% para controlar fatores de confusão na análise dos dados, totalizando 1.358 pessoas¹². Conhecendo-se o número de pessoas necessário para a amostra, a média de pessoas por domicílio na cidade de São Leopoldo (3,56), a proporção de mulheres na faixa etária de interesse (30%), foram visitadas 1.440 residências.

Foram utilizados questionários padronizados, pré-codificados e pré-testados. O grupo de entrevistadoras foi composto por acadêmicas de cursos na área da saúde da UNISINOS. Os entrevistadores foram treinados para procura de mulheres não encontradas (três visitas ao mesmo domicílio em horários diferentes), para a aplicação do instrumento e coleta das medidas de peso, altura e pressão arterial. Também foi realizado teste piloto para treinamento das entrevistadoras, e os dados foram coletados entre março e dezembro de 2003.

O controle de qualidade foi realizado em uma amostra aleatória de 10% das pessoas incluídas no estudo.

Após a finalização da coleta dos dados, foram encontradas 1.086 mulheres de 20 a 60 anos; dessas, 58 (5,3%) foram classificadas como perdas e recusas, sendo incluídas no estudo 1.026 pessoas entrevistadas.

O uso de serviços de saúde na cidade de São Leopoldo foi medido a partir de resposta afirma-

tiva sobre a utilização de algum tipo de serviço ambulatorial de saúde nos 12 meses que antecederam a entrevista.

Foram analisadas como variáveis sócio-econômicas: classe econômica segundo a Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP)¹³, renda familiar *per capita* e escolaridade das mulheres. A classe econômica da ANEP está fundamentada a partir da posse de determinados bens materiais, escolaridade do chefe da família e número de empregados na família, a partir da construção de um escore com pontos de corte bem definidos para cada categoria¹³.

As características demográficas incluídas no estudo foram: cor da pele observada, idade e estado civil.

Entre os hábitos de vida, foram analisadas as seguintes variáveis: tabagismo, atividade física e uso de álcool. Foram classificadas como sedentárias as mulheres que praticavam atividade física uma vez por semana ou tinham atividades diárias consideradas de baixo consumo energético; e não sedentárias ou ativas as que praticavam duas ou mais vezes por semana, no mínimo dez minutos de duração¹⁴. O consumo de álcool foi estabelecido a partir da frequência, tipo de bebida e quantidade ingerida. Sendo que, o consumo abusivo de álcool foi definido a partir da ingestão de 30g/dia de etanol ou mais¹⁵.

Entre as morbidades, foram analisadas as variáveis: presença de diabetes mellitus, hipertensão arterial, excesso de peso e distúrbios psiquiátricos menores. A presença de diabetes mellitus foi definida a partir de diagnóstico médico referido pelas mulheres. A pressão arterial de cada mulher incluída no estudo foi medida duas vezes durante a aplicação do questionário. As medidas das pressões sistólicas e diastólicas corresponderam às suas médias aritméticas e foram efetuadas no meio e no final do questionário. Foram utilizados estetoscópio e esfigmomanômetro aneróide (BD – Brasil, Curitiba, Brasil) para se efetuar a medida no braço direito, estando a entrevistada sentada, sem fumar, consumir café, chimarrão ou outro alimento qualquer durante a entrevista. Hipertensão arterial sistêmica foi classificada de acordo com os níveis tensionais da *Joint National Committee* (JNC) e/ou com o uso de medicação anti-hipertensiva. Portanto, as mulheres com níveis tensionais iguais ou maior de 140 x 90mmHg e/ou com medidas tensionais abaixo desses níveis, mas com uso de medicação anti-hipertensiva foram classificadas como hipertensas¹⁶. A coleta das medidas antropométricas foi realizada por meio de balança Sunrise com precisão de 100g (Proplastik, São Paulo, Brasil) e altura (cm) com antropômetro com precisão de 0,1cm (confeccionado na marcenaria da UNISINOS).

As duas medidas foram coletadas duas vezes. Verificou-se o estado nutricional pelo cálculo do índice de massa corporal [IMC = peso (kg)/altura² (m)], sendo consideradas com excesso de peso as mulheres com IMC $\geq 25,0\text{kg/m}^2$. A presença de distúrbios psiquiátricos menores foi avaliada por meio do índice do *Self Reporting Questionnaire-20 Items* (SRQ-20), que foi concebido para detectar psicopatologias psiquiátricas em atenção primária à saúde com fins de investigação e não de diagnóstico. O ponto de corte estabelecido para caracterizar a presença de distúrbios psiquiátricos menores foi 7¹⁷.

A entrada dos dados foi realizada através do programa Epi Info (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), em dupla entrada com posterior comparação, para se eliminar a probabilidade de erros de digitação. A análise univariada e bivariada dos dados foi realizada pelo programa SPSS versão 11.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). O efeito de delimitação e a correção das medidas de efeito, com respectivos intervalos de confiança e testes de associação, foram calculados no programa Stata versão 7.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). A análise multivariável foi realizada pela regressão de Poisson no programa Stata. Optou-se pela regressão de Poisson pela possibilidade de demonstrar a magnitude das associações sem problemas de estimativa, oriundas da utilização de *odds ratio* (OR)¹⁸. As variáveis foram dispostas em modelo hierarquizado¹⁹, o que significa que as variáveis mais distais determinam o grupo de variáveis intermediárias e o desfecho (Figura 1). Assim, as variáveis que ingressaram no modelo atingiram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Entretanto, apenas se mantiveram no modelo final quando a significância estatística foi valor de $p < 0,05$.

As variáveis sócio-econômicas incluídas nesse estudo tinham relação entre si. Por exemplo, escolaridade está incluída na classificação de classe econômica da ANEP e, a partir da renda, determina o acúmulo de bens materiais. Assim, na análise multivariável, foram utilizadas as três variáveis sócio-econômicas como modelos diferentes.

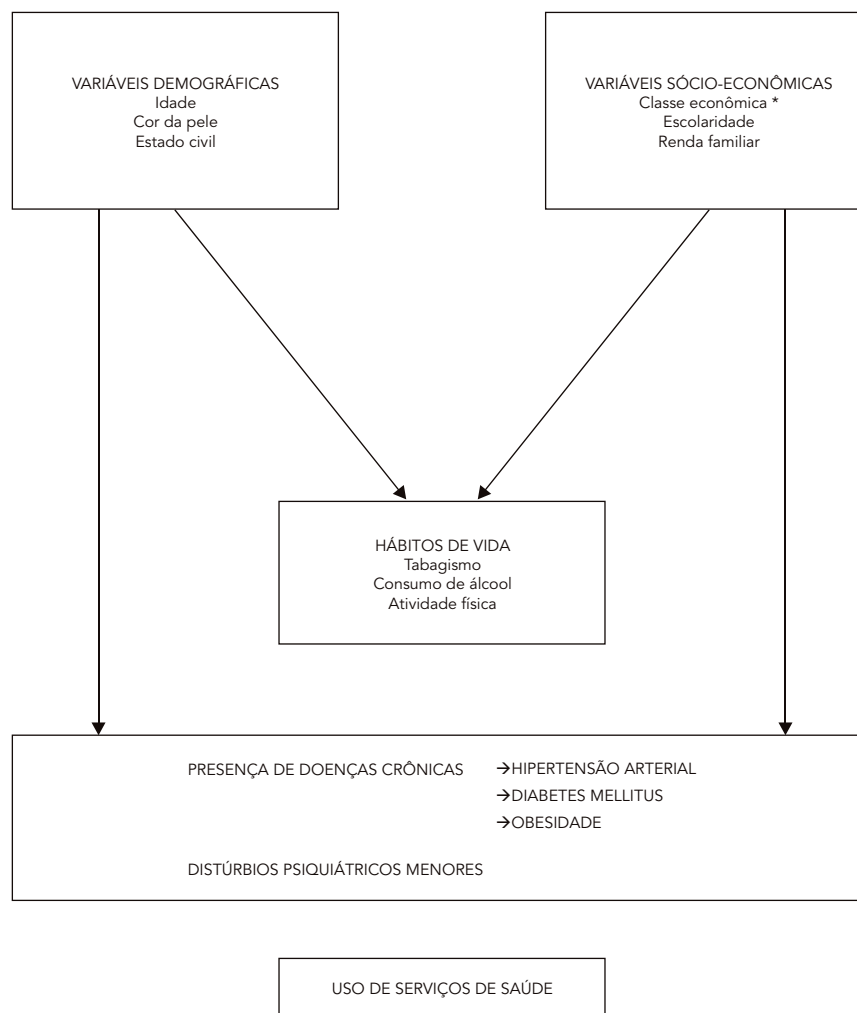
Resultados

Entre as 1.022 mulheres incluídas no estudo, 136 (13,3%; IC95%: 11,2-15,4) não utilizaram os serviços ambulatoriais de saúde em São Leopoldo durante o ano de 2003.

Quanto aos fatores sócio-econômicos, a maioria das mulheres tinham renda mensal *per capita* de até três salários mínimos (78,9%) e, pre-

Figura 1

Modelo de análise hierarquizado.



* Segundo a Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) ¹³.

dominantemente, pertenciam à classe econômica C (39,3%). Em relação à escolaridade, 44,5% apresentavam menos de sete anos de estudo (Tabela 1). Observou-se que cerca de metade da amostra estava na faixa etária de 20 a 39 anos, constatando-se predomínio de mulheres de cor da pele branca (84%) e das casadas ou vivendo em união (64,1%) (Tabela 2). Quanto aos hábitos de vida, a maioria das mulheres era sedentária (68,5%), nunca havia fumado (59%) e referia ingestão de álcool inferior a 30g por dia (94,1%). Entre as morbididades investigadas, constatou-se que 12,7% das mulheres apresentavam hiperten-

são, e 3,6%, diabetes. Aproximadamente, metade da amostra estudada tinha excesso de peso, e 42,6% das mulheres apresentavam distúrbios psiquiátricos menores (Tabela 3).

A análise mostrou teste de tendência linear significativa em todas as variáveis sócio-econômicas. Assim, à medida que diminuam os níveis de classe econômica, de escolaridade e de renda familiar, aumentava o percentual de mulheres que não consultavam. No entanto, as medidas de estimativa foram diferentes apenas em relação às classes econômicas D e E (IC95%: 1,01-5,92) e à faixa de renda menor que um salário mínimo

Tabela 1

Algumas características das mulheres que não utilizam serviços de saúde segundo variáveis sócio-econômicas. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

Variável	n (%)	Prevalência de não uso (%)	Razão de prevalência	IC95%	Valor de p
Classe econômica *					0,001
A	73 (7,2)	5 (6,8)	1,00	-	
B	265 (26,0)	21 (7,9)	1,16	0,45-2,96	
C	400 (39,3)	63 (15,8)	2,30	0,96-5,52	
D + E	281 (27,6)	47 (16,7)	2,44	1,01-5,92	
Escolaridade (anos)					< 0,001
12 ou mais	401 (39,2)	33 (8,2)	1,00	-	
8-11	167 (16,3)	26 (15,6)	1,89	1,17-3,06	
5-7	247 (24,2)	40 (16,2)	1,97	1,28-3,03	
0-4	207 (20,3)	37 (17,9)	2,17	1,40-3,37	
Renda familiar (salários mínimos)					< 0,001
6,01 ou mais	73 (7,2)	5 (6,8)	1,00	-	
3,01-6	140 (13,9)	8 (5,7)	0,83	0,28-2,46	
1,01-3	426 (42,2)	56 (13,1)	1,92	0,80-4,63	
0-1	371 (36,7)	66 (17,8)	2,60	1,08-6,22	

* Segundo a Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) ¹³.

Tabela 2

Algumas características das mulheres que não utilizam serviços de saúde segundo variáveis demográficas. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

Variável	n (%)	Prevalência de não uso (%)	Razão de prevalência	IC95%	Valor de p
Idade (anos)					0,91
20-29	282 (27,6)	33 (11,7)	1,00	-	
30-39	254 (24,9)	36 (14,2)	1,21	0,78-1,88	
40-49	301 (29,5)	48 (15,9)	1,36	0,90-2,06	
50-60	185 (18,1)	19 (10,3)	0,88	0,51-1,50	
Cor da pele					1,0
Branca	858 (84,0)	114 (13,3)	1,00	-	
Não branca	164 (16,0)	22 (13,4)	1,01	0,66-1,54	
Estado civil					0,37
Casada e em união	655 (64,1)	82 (12,5)	1,00	-	
Viúvas, separadas e solteiras	367 (35,9)	54 (14,7)	1,18	0,85-1,62	

(IC95%: 1,08-6,22). Na análise da variável escolaridade, observou-se que todas as categorias apresentaram valores estatisticamente significativos (Tabela 1).

A análise bivariada não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre o uso de serviços de saúde e as variáveis: idade, cor da pele, estado civil, fumo, consumo de álcool, atividade física e em relação às morbidades investigadas neste estudo.

Deve ser mencionado que as mulheres que apresentavam hipertensão arterial apresentavam prevalências de não uso dos serviços de saúde aproximadamente 50% maior do que as sem a doença, contudo o limite inferior do intervalo de confiança foi o valor unitário, e a significância estatística foi maior do que 0,05.

As razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança foram estabelecidos levando-se em consideração o efeito de delineamento que foi de 0,98.

Tabela 3

Algumas características das mulheres que não utilizam serviços de saúde segundo hábitos de vida e variáveis de morbidade. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

Variável	n (%)	Prevalência de não uso (%)	Razão de prevalência	IC95%	Valor de p
Tabagismo					0,78
Não	603 (59,0)	85 (14,1)	1,00	-	
Ex-fumante	188 (18,4)	18 (9,6)	0,68	0,42-1,10	
Fumante	231 (22,6)	33 (14,3)	1,01	0,70-1,47	
Consumo de álcool (g etanol/dia)					1,0
< 30	962 (94,1)	128 (13,3)	1,00	-	
≥ 30	60 (5,9)	8 (13,3)	1,00	0,52-1,95	
Atividade física					0,26
Sim	322 (31,5)	49 (15,2)	1,00	-	
Não	700 (68,5)	874 (12,4)	0,82	0,59-1,13	
Hipertensão arterial					0,08
Não	889 (87,3)	111 (12,5)	1,00	-	
Sim	129 (12,7)	24 (18,6)	1,49	1,00-2,22	
Diabetes mellitus					0,78
Não	985 (96,4)	130 (13,2)	1,00	-	
Sim	37 (3,6)	6 (16,2)	1,23	0,58-2,60	
Excesso de peso					0,26
Não	504 (50,8)	61 (12,1)	1,00	-	
Sim	488 (49,2)	72 (14,8)	1,22	0,89-1,67	
Distúrbios psiquiátricos menores					0,65
Não	586 (57,4)	81 (13,8)	1,00	-	
Sim	435 (42,6)	55 (12,6)	0,91	0,66-1,26	

Na análise multivariável, através da regressão de Poisson, verificou-se que as mulheres pertencentes às classes C, D e E tinham mais do que o dobro de probabilidades de não utilizarem serviços de saúde comparadas às da classe A. A prevalência de não uso dos serviços ambulatoriais de saúde pelas mulheres com hipertensão arterial sistêmica foi 41% maior do que as inseridas na categoria de base, contudo o limite inferior do intervalo de confiança foi menor do que o valor unitário. No segundo modelo, constatou-se que as mulheres com escolaridade mais baixa apresentavam maior probabilidade de não consultarem. Nesse modelo, os intervalos de confiança e o teste estatístico mostraram que as mulheres com hipertensão arterial ajustada para escolaridade apresentavam menor probabilidade de não consultarem. No terceiro modelo, apesar de o teste estatístico apresentar associação entre renda familiar ajustada para hipertensão arterial, os intervalos de confiança não confirmaram a relação. As mulheres com hipertensão arterial apresentaram uma probabilidade 44% maior de não consultarem com médico (Tabela 4).

Discussão

Os sistemas tradicionais de informação em saúde podem propiciar dados sobre as ações de saúde a partir dos atendimentos realizados. Porém, sofrem de limitações como, por exemplo, o desconhecimento das características daqueles que não procuram os serviços de saúde. Portanto, os estudos de prevalência com base populacional apresentam a vantagem de, quando representativos, possibilitarem estimativas do comportamento epidemiológico para toda a comunidade em que foram realizados.

Este estudo transversal foi representativo da população de São Leopoldo, pois os intervalos de confiança dos percentuais das distribuições por idade coincidiram com a distribuição da população do município verificada no recenseamento de 2000, conferindo validade externa aos resultados.

As características definidoras da qualidade de serviços de saúde do ponto de vista coletivo são: o acesso facilitado, a distribuição equitativa da atenção e a efetividade dos cuidados a um

Tabela 4

Análise de regressão de Poisson dos fatores associados à utilização de serviços de saúde. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

Variável	Razão de prevalência	IC95%	Valor de p
Modelo 1 *			
Classe econômica **			< 0,01
A	1,00	-	
B	1,17	0,48-2,90	
C	2,31	1,02-5,22	
D + E	2,40	1,04-5,54	
Hipertensão arterial			0,06
Não	1,00	-	
Sim	1,41	0,99-2,02	
Modelo 2 ***			
Escolaridade (anos)			0,006
12 ou mais	1,00	-	
8-11	1,84	1,06-3,20	
5-7	1,93	1,25-2,98	
0-4	2,04	1,35-3,08	
Hipertensão arterial			< 0,05
Não	1,00	-	
Sim	1,27	1,35-3,08	
Modelo 3 #			
Renda familiar (salários mínimos)			0,003
6,01 ou mais	1,00	-	
3,01-6	0,81	0,20-3,26	
1,01-3	1,86	0,65-5,34	
0-1	2,49	0,88-7,00	
Hipertensão arterial			< 0,05
Não	1,00	-	
Sim	1,44	1,00-2,06	

* Classe econômica e hipertensão arterial ajustadas entre si;

** Segundo a Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) ¹³;

*** Escolaridade e hipertensão arterial ajustadas entre si;

Renda familiar e hipertensão arterial ajustadas entre si.

custo que seja suportável para a sociedade ²⁰. Considerou-se o uso de serviços ambulatoriais de saúde como uma condição que evidenciava, pelo menos, o acesso à rede básica em São Leopoldo. Assim, tentou-se revelar as características das mulheres que não utilizavam os serviços para identificar grupos populacionais excluídos e contribuir para o planejamento e a programação de atividades em saúde a partir da realidade encontrada.

A partir dos resultados encontrados, 13,3% das mulheres não utilizaram os serviços de saúde. As comparações dos nossos resultados foram prejudicadas, pois outros estudos apresentaram critérios de utilização e populações diferentes. Por exemplo, em estudo transversal realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, no ano de

1992, 30% dos indivíduos de 20 a 69 anos, de ambos os sexos, não utilizaram os serviços de saúde no período de um ano ⁸. Outro estudo transversal de base populacional, realizado na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, incluindo 1.260 sujeitos com 15 anos ou mais, de ambos os sexos, mostrou que 66% utilizaram serviços de saúde no último ano ²¹. A *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD), realizada em 1998, investigou o uso de serviço de saúde nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista, os resultados mostraram que as mulheres de 25 a 49 anos apresentaram 17,1% de utilização, e as de 50 a 64 anos, 22,2% ⁴.

Tentou-se estabelecer a associação com alguns fatores sabidamente relacionados com o uso de serviços de saúde. Estudos têm mostra-

do que nível sócio-econômico, sexo, idade, cor da pele, presença de companheiro, condições de saúde, existência de procura regular de serviços de saúde são fatores associados à utilização de serviços de saúde^{5,22,23,24,25,26}.

Contudo, no presente estudo, essas associações não foram estabelecidas. Exceto em relação às variáveis sócio-econômicas e hipertensão arterial sistêmica. Sabe-se que o acesso universal ao atendimento à saúde de elevada qualidade atenua as diferenças entre pobres e ricos²⁷. Existem evidências revelando que a atenção básica ajuda a prevenir morbimortalidade e que é responsável pela distribuição mais equânime de saúde entre populações²⁸. O conceito de equidade pressupõe tratar de forma prioritária as populações mais vulneráveis socialmente ou que apresentam reconhecidos riscos à saúde²⁹. No presente estudo, constatou-se que as mulheres pertencentes às classes C, D e E, com baixa renda *per capita* e escolaridade, ou seja, pessoas com maiores necessidades e mais vulneráveis,

apresentaram menor utilização dos serviços de saúde, sugerindo condições desfavoráveis no sistema de saúde local, apontando para a presença de falta de universalidade e iniquidade no acesso.

Sabe-se que o manejo das doenças crônicas não transmissíveis exige controle mais intensivo de pacientes aumentando inclusive seus contatos com os serviços de saúde. Estudos sobre uso de serviços de saúde mostraram associação positiva com presença ou referência de hipertensão arterial^{30,31}. No presente estudo, mesmo após controle para classe econômica, constatou-se que os pacientes com hipertensão arterial sistêmica utilizaram menos os serviços de saúde, o que pode revelar falta de organização dos serviços ou problemas na aderência dos pacientes.

Espera-se que os dados encontrados sirvam de parâmetros de comparação para o sistema de saúde do Município de São Leopoldo que apresenta, no momento, gestão plena e está ampliando o Programa Saúde da Família.

Resumo

O objetivo do estudo foi verificar a utilização dos serviços ambulatoriais de saúde e fatores associados pelas mulheres de 20 a 60 anos, residentes na zona urbana de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Foi um estudo transversal de base populacional, incluindo 1.026 mulheres, no ano 2003. A associação entre as variáveis e o desfecho foi avaliada por meio das razões de prevalência e dos intervalos de 95% de confiança (IC95%). A regressão de Poisson foi utilizada segundo modelo hierarquizado. Entre 1.022 mulheres, 136 (13,3%; IC95%: 11,2-15,4) não utilizaram os serviços ambulatoriais de saúde nos últimos 12 meses que precederam a entrevista. Demonstrou-se que as mulheres inseridas nas classes econômicas C, D e E, com menos anos de estudo e com renda mais baixa apresentaram menor utilização dos serviços de saúde. Assim, as mulheres com maiores necessidades e mais vulneráveis apresentaram menor utilização dos serviços de saúde, sugerindo condições desfavoráveis no sistema de saúde local, apontando para a presença de falta de universalidade e iniquidade no acesso.

Serviços Ambulatoriais de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Mulheres

Colaboradores

J. S. Dias-da-Costa e M. T. A. Olinto elaboraram o projeto de pesquisa, participaram da análise e redação do artigo. A. D. Presser, A. F. Zanolla, D. G. Ferreira, G. Perozzo, I. B. A. Freitas, L. T. Portolan, M. P. Pattussi e R. T. Tavares participaram da análise e redação do artigo.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) via Proad2 (nº. 02/0645,9) e Edital Universal 6 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; nº. 473478/200-0) pelo financiamento, e ao apoio da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo.

Referências

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006.
- Pestana M, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S190-8.
- Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11:365-73.
- Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:757-76.
- Goldbaum M, Gianini JR, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (QUALIS) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:90-9.
- Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:819-32.
- Dias-da-Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública* 1997; 31:360-9.
- Lessa I, Mendonça GA, Teixeira MTB. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 120:389-413.
- Sá DA, Gouveia AC, Medeiros KR, Lyra TM. Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS: Brasil, 1995 e 1998. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2001; 1:45-52.
- Lobato LVC. Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
- Barros FC, Victora CG, Vaughan JP. Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: Editora Hucitec/Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1990.
- Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. <http://www.anep.org.br/> (acessado em 23/Mai/2005).
- Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:254-6.
- Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S, Fuchs SC, et al. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. *J Stud Alcohol* 1996; 57:253-9.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr. JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560-72.
- Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.
- Barros AJD, Hiraikata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
- Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26:224-47.
- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000; 51:1611-25.
- Mendonza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:372-8.
- Culler SD, Parchman ML, Przybysky M. Factors related to potentially preventable hospitalizations among elderly. *Med Care* 1998; 36:804-17.
- Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)* 1993; 12:162-73.
- Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:795-811.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos V, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:687-707.
- Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:277-84.
- Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet* 2006; 368:2081-94.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
- Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ* 2002; 80:97-105.
- Barros MBA, César LGC, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:911-26.
- Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios*. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:735-43.

Recebido em 14/Ago/2007

Versão final reapresentada em 22/Abr/2008

Aprovado em 07/Mai/2008